全科医学诊断术语和编码研制及其应用的实证研究

洪玉纯[1]，吴华[2]，杜宜珊[3]，李树然[4]，孙文民[1]，叶明喻[5]，张永建[6]，李阳[1]

1. 518000 广东省深圳市，深圳市卫生健康能力建设和继续教育中心

2. 518000 广东省深圳市，宝安区人民医院社区健康服务管理中心

3. 518000 广东省深圳市，联合国教科文组织高等教育创新中心

4. 518000 广东省深圳市，宝安区公共卫生服务中心

5. 518000 广东省深圳市，福田区社区健康服务管理中心

6. 518000 广东省深圳市，北京大学深圳医院

共同第一作者:吴华、洪玉纯；

通讯作者：李阳，助理研究员；E-mail：15816883396@139.com

【摘要】 **目的** 构建社区卫生服务全科医学诊断术语和编码集，并验证诊断术语和编码集的有效性，促进社区全科诊断标准化和规范化。***方法*** 通过文献学习和专家咨询法，结合社区常见健康问题谱和疾病谱，基于 ICD-10 构建社区卫生服务适用的全科诊断术语和编码集；于 2021 年 9 月-2022 年 2 月在深圳市两个行政区的 259 家社区卫生健康服务中心试点运行所研制的全科诊断术语和编码集以进行实证研究，以社区健康服务信息系统后台诊断数据和以社区全科医师为样本的问卷调研为基本数据，分析试点实施情况，验证诊断术语和编码集的合理性和有效性。**结果** 编制完成全科医学诊断术语和编码集，其中全科诊断分类 41 种，含标准化全科诊断术语和编码 6629 项。深圳市两区试点结果显示，规范化干预区域的诊断名称规范化构成比较非试点区高 86.13%-95.38%；试点区该时段涉及的诊断名称同比下降 96.60%，规范化干预使全科常用诊断大为聚焦，且跟社区疾病谱基本一致，社区常见疾病诊断归集度高。调查显示 87.3%（227/260）的调查对象认为编码集对社区诊断规范化有促进作用，77.3%（201/260）的调查对象支持编码集的上线应用。**结论** 本研究初步建立规范化和标准

化的全科医学诊断术语和编码集，形成了社区全科诊断术语字典，解决数据分析时一义多词的难题，同时兼顾上下转诊和医保对接，有效提高了社区诊疗效率和规范化水平，对基层卫生事业发展产生积极地推动作用。

【关键词】 全科医学；社区卫生服务；诊断；术语编码

A Study on General Practice Diagnostic Terminology and Coding and the Empirical Study on it's Application

Hong Yuchun[1] *, Wu Hua*[2] *,Du Yishan*[3]*,Li Shuran*[4]*,Sun Wenmin*[1] *,Ye Mingyu*[5]*,Zhang Yongjian*[6] *,Li Yang*[1*]

1. Shenzhen Health Capacity Building and Continuing Education Center，Shenzhen 518000，China

2. Bao'an People's Hospital，Shenzhen 518000，China

3.International Centre for Higher Education Innovation under the auspices of UNESCO，Shenzhen 518000，China

4.Public Health Service Center of Bao'an District，Shenzhen 518000，China

5.Futian Mangement Center of Community Health Service，Shenzhen 518000，China

6.Peking University Shenzhen Hospital，Shenzhen 518000，China

Co-first author：*Wu hua，Hong Yuchun*

Corresponding authors：LI Yang，Assistant Researcher；E-mail: 15816883396@139.com

【Abstract】 Objective Through constructing the diagnostic terminology and coding set of General Practice(GP) in community health care service, the standardization of community general practice diagnosis could be promoted. **Methods** This study constructs a set of diagnostic terms and codes of GP based on ICD-10 by using literature research, field research, expert consultation and other research methods, combined with the spectrum of common health problems and diseases in the community, And the diagnostic terms and

codes of GP have been piloted in 259 community health service centers in two administrative districts of Shenzhen from September 2021 to February 2022. By extracting and sorting out the diagnostic data of the community health service information system and issuing questionnaires to community general practitioners, the implementation of the pilot was analyzed. **Results** A set of general practice diagnostic terms and codes was compiled, including 41 general practice diagnostic categories, and 6,629 standardized general practice diagnostic terms and codes. The pilot results of the two districts in Shenzhen indicate that the amount of standardized diagnostic names in the standardized intervention areas is 86.13%-95.38% higher than that in the non-pilot areas.The number of diagnostic names involved in this period in the pilot area decreased by 96.60% year-on-year. Standardized intervention focuses on common diagnoses in general practice, and is basically consistent with the disease spectrum in the community, with a high degree of collection of common disease diagnoses in the community.87.3% (227/260) of the respondents believed that the code set can promote the standardization of community diagnosis, and 77.3% (201/260) of the respondents supported the online application of the code set. **Conclusion** The research preliminarily established standardized general practice diagnostic terms and codes, and formed a community general practice diagnostic term dictionary to solve the problem of multiple meanings in data analysis, while taking into account upper and lower referrals and medical insurance docking. It has effectively improved the efficiency and standardization of community diagnosis and treatment, and played a positive role in promoting the development of grass-roots health services.

【Key words】General practice；Community health care services；Diagnosis; Terminology coding

基层医疗卫生机构作为社区健康守门人，承担着基层首诊的职责，是推进分级诊疗的关键[1]。我国新医改的深入开展与医疗资源的下沉导致社区病人快速增长，同时随着双向转诊通道建立，上下级医疗机构转诊病人数也相应激增[2]。随着社区卫生服务的发展，政府部门、医疗机构对数据的准确性提出了要求，但由于长期以来缺乏适合我国全科医学发展现状的规范化诊断术语和编码，导致多数地区的社区全科医师在基本医疗中的诊断不规范、不标准，严重阻碍了我国全科医学的发展[3,4]。

建立统一的全科医学诊断术语和编码集（以下简称：全科术语和编码），实现社区卫生服务机构之间、基层与上级医疗机构之间卫生信息的互通与共享，不仅能够推进分级诊疗制度的实施[4，5]，还可以实现对社区全科诊疗疾病的统计，为开展全科医师专业技术能力评价、流行病学调查、居民健康监测等工作奠定基础，是提升社区卫生服务机构服务水平与全科医学体系建设的重要途径。因此，构建一个统一的、适用于我国基层医疗现状的、可持续、可维护的全科术语和编码势在必行[6]。

1 资料与方法

1.1 全科术语和编码搭建方法

1.1.1 文献学习法

本研究通过国内外相关文献和各地市政府文件检索，为确定全科诊断编码编制原则和方法提供参考，基于 ICD-10 构建全科诊断术语和编码集。ICD 全称国际疾病分类(international classificanon of diseases)，是国际卫生信息的标准分类，即目前全球公认且普遍使用的统一疾病分类法。ICD-10 为第十次修订版本，是目前世界上应用最广泛的疾病分类版本[6]，其具有详尽性、一致性、完整性、实用性的特点，在操作上易于检索，实现一病一码，在科学性上严格遵循疾病和情况分类原则及评价标准要求，是目前一个比较完整的国际疾病分类方法[7]。ICD-10 在我国的实施落地也进行了许多实践探索，具备代表性的包括国家卫计委 ICD 2012 版(6 位扩展码)、北京市 ICD-101 临床版(6 位扩展码)、上海市 ICD-10 (7 位细码)等[8-9]，然而 ICD-10 的实践仍然存

在着很大争议，需要进一步本地化研究与实证[3]。

1.2.2 专家咨询法

组建专家组，包括全科医学专家、临床专科专家、病案管理和编码专家等，共 36 人，专家均为工作经验丰富者。本研究共召开专家咨询会议 6 次，通过专家会议确定实验方法、规范化语料选取原则和研究思路，结合社区常见健康问题谱和疾病谱，从 ICD-10（中文版）中筛选出规范化的全科诊断术语和编码，并建立与 ICD-10 专科诊断的对应关系，编制全科术语和编码。

1.2 实证分析与统计方法

1.2.1 试点实施

研究以整群抽样方式选择深圳市两个行政区的 259 家社区健康服务中心试点应用，试点时间为 2021 年 9 月-2022 年 2 月，试点时长共计 6 个月。在试点区域社区全科医生在日常诊疗、病历书写工作中统一使用全科术语和编码，并在使用过程中根据实际诊断需求动态更新维护，不断补充完善。数据收集过程中，把握信息上报口径的统一，提高数据的质量[6]。

主要试点内容为：改造深圳市社区健康服务信息系统，将全科诊断规范术语和编码嵌入试点区域信息平台，确保其覆盖全科医师日常诊疗活动；编印和派发《深圳市全科诊断分类与编码手册（试行）》，并开展相关培训；建立试点保障机制和新增编码反馈、修订机制，成立试点工作专班，确保试点工作平稳有序开展；组建试点工作群，搭建问题反馈和处理渠道[5]。

1.2.2 适用性、规范性验证

收集试点区域社区全科诊疗平台运行前后的诊断数据，与其他行政区的社区健康服务中心同期的诊断数据相比较，分析验证全科术语和编码的适用性和规范性。采用卡方分析检验全科术语和编码试点后诊断规范程度变化显著性，指标选取规范化与非规范疾病术语使用的频次，以规范化疾病术语使用频次提升、非规范疾病术语使用频次降

低作为规范性提升的依据，验证对象根据空间序列和时间序列两个维度，分为试点区与非试点区对比和试点前与试点后对比。

1.2.3 满意度调查分析

试点结束后面向试点区域全科医师、机构管理人员、医疗和质控人员等发布问卷进行满意度调查。问卷设置测量条目涵盖一般情况变量，包括受访者单位、职务、职称等，对全科诊断编码的满意度测量变量，包括认为全科诊断编码的上线促进诊疗规范化的程度（5 分制）和对全科诊断编码上线的态度（5 分值），最后还调研了样本人群对编码使用系统改造的建议。

总结实证分析所用变量如表 1 所示。

表 1 实证分析所用变量描述

Table 1 Description of variables used in empirical analysis

变量		变量描述	量化方式	单位
适用性、规范性验证因子 对比分析采用（1）试点区与非试点区对比，（2）试点前与试点后对比				
$\square_{\square}$		规范性诊断量	诊断中编码术语使用频次	次
$\square_{\square}$		非规范性诊断量	诊断中非编码术语使用频次	次
满意度调查分析因子				
一般情况变量	$\square_1$	单位	文本	
	$\square_2$	职务	文本	
	$\square_3$	职称	文本	
对全科诊断编码的满意度测量变量	$\square_4$	认为全科诊断编码的上线促进诊疗规范化的程度	0=基本无关 1=一般 2=略有提高 3=提高 4=有效提高	得分
	$\square_5$	对全科诊断编码上线的态度	0=不支持 1=无所谓 2=一般	得分

		3=支持 4=很支持
其他	对编码使用系统改造的建议	文本

2 结果

2.1 全科术语和编码的构成

本研究基于 ICD-10 构建全科术语和编码，全部诊断术语和编码均从 ICD-10 中选取，全科术语和编码包括 3 个部分，分别为：（1）核心全科诊断：对应社区常见健康问题谱和疾病谱的全科常用的高频诊断术语和编码，共计 3476 项；（2）全面全科诊断：对应非社区常见健康问题和疾病谱，但为方便双向转诊而保留的社区诊断术语和编码，共计 6629 项；（3）专科诊断：保留全部 ICD-10 诊断术语和编码 35867 项作为专科诊断。全科诊断编码和专科诊断编码均有对应关系，保持一病一码（见表 2）。

表 2 全科医学诊断术语和编码章节介绍

Table 2 Introduction to General Practice Diagnostic Terminology and Coding Chapter

章节名称	专科诊断规范化术语项目数（项）	核心全科诊断规范化术语项目数（项）	全面全科诊断规范化术语项目数（项）
感染性疾病	2444	156	363
肿瘤	3634	155	247
血液系统疾病	529	21	80
风湿免疫疾病	133	1	7
内分泌系统疾病	1923	194	356
精神、神经系统疾病	2322	273	415
眼疾病	1066	134	191
耳疾病	285	81	105

循环系统疾病	2139	210	321
血液循环系统疾病	47	5	6
呼吸系统疾病	936	114	196
消化系统疾病	1581	243	463
腹腔、盆腔疾病	735	80	138
皮肤科疾病	1110	78	229
骨、关节疾病	601	41	98
免疫系统疾病	163	10	17
脊柱病变	320	34	54
肌肉、关节、神经病变	571	38	81
骨病变	545	23	36
泌尿系统疾病	807	121	166
乳房病变	62	22	31
妇、产科疾病	2892	237	467
儿科疾病	2578	477	737
异常检查结果	297	94	146
损伤、中毒	5060	432	886
损伤后遗症	314	5	27
医学检查	165	17	32
接触、暴露、侵染病原菌	92	10	20
生殖问题	190	11	28
整形、异体植入	244	3	12
康复训练	18	3	6
肿瘤治疗	58	3	4
移植	23	0	2
恢复期	48	0	1
潜在健康问题	164	2	18
咨询	35	2	4
与医疗设施和其他卫生保健有关的问题	28	0	3
家族史	47	16	28

疾病史	148	46	61
后天缺失	666	81	163
特殊伤害	849	3	384
合计	35869	3476	6629

2.2 试点应用及实证研究结果

2.2.1 适用性、规范性分析检验

从社区健康服务信息系统提取深圳市社区卫生健康服务中心试点后（2021 年 10 月-2022 年 2 月）各区的诊断数据和试点前上一年度同期数据（即 2020 年 10 月-2021 年 2 月），进行描述性分析和比较， 结果显示：

（1）试点期间深圳市各行政区（新区）诊断数量和规范化情况　非试点区该时段所涉及的诊断名称最高达 80807 种，规范化名称构成比在 4.62%-13.87%之间。经过规范化干预的福田区和宝安区的诊断名称规范化构成比均为 100%，较非试点行政区高 86.13%-95.38%（见表 3）。采用卡方检验从空间序列（试点区和非试点区）上对全科术语和编码实施后的差别进行显著性检验，结果显示，卡方值为 197180，卡方值显示试点区的规范性与非试点区相比的差异在统计学上具有意义，p 值小于 0.05，即在 0.05 的显著水平下通过检验（见图 1）。

表 3　2021 年 10 月-2022 年 2 月深圳市各行政区（新区）诊断数据情况

Table 3 Diagnosis data of administrative districts (new districts) in Shenzhen from October 2021 to February 2022

行政区	诊断数量（条）	涉及诊断名称（种）	与 ICD-10 一致的诊断名称数(种)	构成比（%）
试点区 1	896067	3108	3108	100.00
试点区 2	2299521	3835	3835	100.00
非试点区 1	165862	8308	1095	13.18
非试点区 2	1021109	34509	3773	10.93
非试点区 3	3727564	79130	5068	6.40

非试点区 4	1837831	63056	4362	6.92
非试点区 5	2307481	80807	3732	4.62
非试点区 6	2539659	53818	3881	7.21
非试点区 7	1058731	18403	2552	13.87
非试点区 8	677719	12479	1616	12.95

```
Pearson's Chi-squared test

data:  yx
X-squared = 197180, df = 2922, p-value < 2.2e-16
```

图 1 试点区与非试点区规范性卡方检验结果

Figure 1 Results of normative chi-square test in trial area and non-trial area

（2）两区试点前后诊断情况对比　试点两区全科诊断数量同比下降 50.65%，涉及的诊断名称同比下降 96.60%，前 50 位诊断频次在总诊断量中的占比同比增加 15.92%，试点期间使用频次前 10 位的诊断分别为高血压、新型冠状病毒感染筛查、糖尿病、高脂血症、健康查体、消化不良、睡眠障碍、2 型糖尿病、慢性胃炎和特发性(原发性)高血压，占诊断量的 39.24%（见表 4）。社区常见疾病诊断规范化程度大幅提升，以“高血压”为例，从试点前的高血压、高血压病 2 级、高血压病 2 级（极高危）、高血压？、高血压取药等 1934 种，归集为 36 种，同比下降 98.40%（见表 5）。采用卡方检验从时间序列（试点前与试点后）上对全科术语和编码实施后的差别进行显著性检验，结果显示，卡方值为 197180，卡方值显示试点区的规范性与非试点区相比的差异在统计学上具有意义，p 值小于 0.05，即在 0.05 的显著水平下通过检验（见图 2）。

表 4 两区试点前后诊断数据对比

Table 4 Comparison of diagnostic data before and after the pilot in the two administrative regions

项目	试点前	试点后	同比增长（%）
诊断数量（条）	6475847	3195588	-50.65
涉及诊断名称（种）	128516	4373	-96.60
前 10 位诊断频次的数量合计（条）	1867792	1254000	-32.86
前 10 位诊断频次占比（%）	28.84	39.24	10.40
前 50 位诊断频次的数量合计（条）	3251719	2113328	-35.01
前 50 位诊断频次占比（%）	50.21	66.13	15.92

表 5 试点前后常见诊断名称数量变化情况

Table 5 Changes in the number of common diagnostic names before and after the pilot

常见诊断主要字段	涉及诊断名称（种）		同比下降（%）
	试点前	试点后	
高血压	2311	37	98.40
腹痛	2037	6	99.71
糖尿病	1501	65	95.68
上呼吸道感染	1179	2	99.83
胃炎	1232	13	98.94
头晕	966	2	99.79
湿疹	893	13	98.54
咽炎	804	7	99.13
阴道炎	749	14	98.13
牙周炎	790	3	99.62
皮疹	684	6	99.12
鼻炎	532	9	98.31
高脂血	445	7	98.43
消化不良	322	2	99.38
咨询	211	6	97.16

```
Pearson's Chi-squared test

data:  yx
X-squared = 56952, df = 2349, p-value < 2.2e-16
```

图 2 试点区试点前与试点后规范性卡方检验结果

Figure 2 Normative chi-square test results before and after the pilot in the pilot area

2.2.2 满意度调查结果

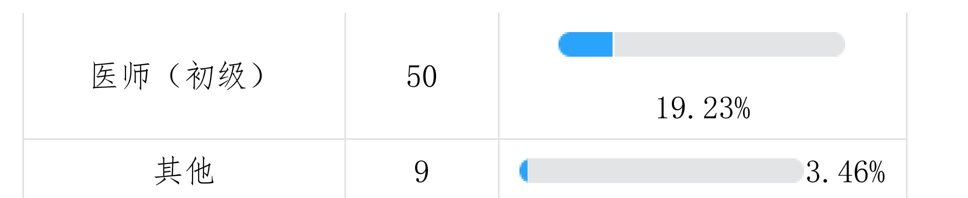
本研究面向试点区域全科医师、机构管理人员、医疗和质控人员等发布问卷调查，回收有效问卷 260 份。问卷调查结果分析如下：

（1）一般情况　试点范围的社区卫生健康服务中心发放问卷，共回收 260 份，有效问卷 260 份（100.0%）。职务情况为全科医师 209 人次（80.4%），社康中心主任等管理人员 21 人次（9.2%），医疗质控工作人员 17 人次（6.5%），其他相关人员 10 人次（3.9%）；职称情况为中级 167 人次（64.2%），初级 50 人次（19.2%），副高 32 人次（12.3%），正高 2 人次（0.8%），其他 9 人次（3.5%），具体统计情况如表 6 所示。

表 6　一般情况统计

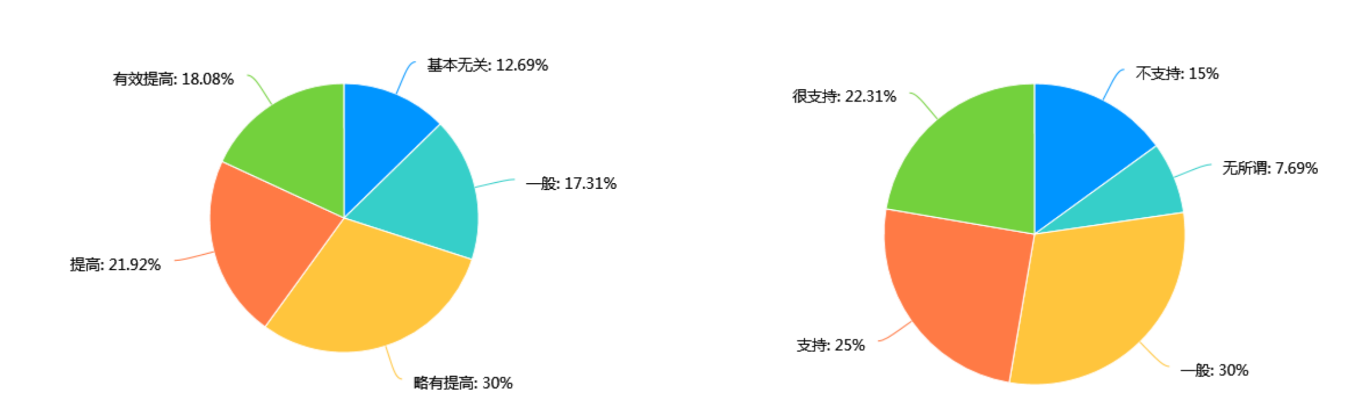
Table 6 General statistics

变量	数值	比例
医疗、质控相关业务工作人员	17	6.54%
社管中心等行政管理和相关业务人员	3	1.15%
社康中心主任	21	8.08%
全科医生	209	80.38%
其他	10	3.85%
主任医师（正高）	2	0.77%
副主任医师（副高）	32	12.31%
主治医师（中级）	167	64.23%



医师（初级）	50	19.23%
其他	9	3.46%

（2）全科医学诊断术语和编码使用的满意度　87.3%（227/260）的调查对象认为全科术语和编码对社区诊断规范化有促进作用，其中 70%（182/260）认为其上线提高了诊断的规范化程度。85.0%（221/260）的调查对象不反对全科术语和编码的上线应用，其中 77.3%（201/260）表示支持。具体统计情况如图 3 所示：



注：左图为认为全科诊断编码的上线促进诊疗规范化的程度统计结果；

右图为对全科诊断编码上线的态度统计结果。

图 3　全科医学诊断术语和编码使用满意度统计结果

Figure 3 Statistical results of satisfaction

3　讨论

3.1　全科术语和编码的制定和实施对社区诊断规范化具有促进作用

由于缺乏规范、高效的基层全科术语和编码，国内很多地区在社区医疗中允许医生自行撰写和输入诊断名称，在此过程中，医生对疾病的描述各异，导致同一疾病诊断名称不统一，定义不严谨，标准不统一均会导致临床信息的损失，影响病种分类、临床评价及疾病统计分析结果的可靠性[10]。如本课题研究显示，在深圳市的社区卫生健康服务中心全科诊疗中，沿用允许医生自行撰写诊断术语的非试点行政区 5 的诊断名称类别

高达 8 万余种，这种现象对基层全科诊断数据的分析、应用造成很大困难。

本研究在 ICD-10 疾病分类与编码内容基础上，结合社区卫生服务特点，编制全科术语和编码，其原则为以实际工作需要为出发点，符合社区卫生服务广泛性和综合性的特点，诊断颗粒并非均一化，而是粗中有细，以适度的粗为主，兼顾因居民健康问题的细，又充分考虑双向转诊、全科和专科对接和医保付费等问题，且尽可能减少全科医生的诊疗负担。试点应用结果分析，初步达到预期目标，经过规范化干预的区域诊断名称规范化构成比均为 100%，高于非试点区域 86.13%-95.38%。在试点期间，试点区域诊断数量同比下降 50.65%，涉及的诊断名称同比下降 96.60%，其主要原因是通过规范化改造，医生仅可从系统选择规范化名称，使得原本掺杂各种名称不准确或填写不规范的诊断剥离出来。试点区前 50 位诊断频次在总诊断量中的占比同比增加 15.92%，试点期间使用频次前 10 位的诊断占诊断量的 39.24%，说明规范化干预使全科常用诊断有所聚焦，且跟社区常见疾病谱基本一致。社区常见疾病诊断规范化程度大幅提升，以"高血压"为例，从试点前的高血压、高血压病 2 级、高血压病 2 级（极高危）、高血压？、高血压取药等 1934 种，归集为 36 种，同比下降 98.40%。同时满意度问卷调查结果显示 87.3%（227/260）的调查对象认为全科术语和编码对社区诊断规范化有促进作用。

3.2 ICD-10 对于编制我国本地化全科术语和编码可提供理论与实践依据

医学分类代码通过编码的方式对疾病相关数据进行存储、检索和分析,在国际上被用于死亡、损伤、流行病调查、医保付费、绩效管理等多个领域和场景[11]。目前，国际上使用的疾病分类与代码主要有世界家庭医生组织（WONCA）出版的基层医疗国际分类修订版(International Classification of Primery Care,简称 ICPC-2)和疾病和 ICD-10 两种。ICD-10 突出了流行病学和健康管理的目的，是目前国际公认的卫生信息标准分类，是医药卫生统计工作中重要的基础数据[11]。

国内目前大部分医院为主的医疗机构使用的是 ICD-10,但由于 ICD-10 主要是基于医学分科的特点确定诊断分类和编码，其诊断深度需要足够细化（颗粒度细），而全科

医学的特点强调的是综合性和广泛性。因此，直接将 ICD-10 应用于基层医疗卫生机构诊疗过程中的问题是诊断条目过于专科化，导致全科医师在诊断时需要选择的诊断条目过多，严重影响工作效率，另一方面全科诊断除了社区常见疾病外，更需要有社会、心理和一些非疾病类的健康问题诊断，为了解决上述问题，ICPC-2 在国外部分基层医疗机构中得以运用，也曾在深圳医疗系统中尝试使用，但由于我国的全科服务范围和内容不同于其它国家，因此其无法适应目前我国社区卫生服务机构全科医学诊断和管理的需求[12,13]。本研究基于 ICD-10，结合社区常见健康问题谱和疾病谱，从 ICD-10 中筛选出全科诊断术语和编码，并建立与 ICD-10 专科诊断的对应关系和使用规则，编制全科术语和编码。并进行了试点实践与实证分析，分析结果显示有效性和规范性显著提升，在全科医生群体中展示出较高的满意度水平。通过研究分析可以认为，ICD-10 对于编制我国本地化全科术语和编码可提供理论与实践依据。

3.3 信息化建设是全科术语和编码应用本土化推行的下一步改进方向

全科术语和编码应用中信息化支撑的必要性在本研究中体现出来。进一步完善信息化建设是全科术语和编码应用本土化推行的下一步改进方向，信息化系统的升级整改方向应主要围绕提升个性化水平。一是设置相应的逻辑性判断避免医生填写时出现一些不必要的错误[14]，二是根据各机构和医生的诊断特点和习惯，进行个性化功能改造，以满足不同社区卫生服务机构资源配置和发展方向的差异，例如将个人或近期使用频率较高的诊断进行优先排序，提高诊疗效率和病案质量。

4 结论

本研究初步构建全科诊断规范术语和编码库，通过信息标准对接，统一多口径的数据，使社区卫生服务机构的诊疗信息与上级医院和医保部门接轨，且兼顾基层医疗卫生机构双向转诊、医保付费等问题。同时，有利于了解基层医疗服务的疾病谱，掌握社区医疗保健服务的实际需求，促进基层医疗服务机构的建设和全科医生的能力提升，推进分级诊疗和全科医学体系建设，为公共卫生规划和行政管理提供科学的参考依据。

本研究的不足之处：一是实践时间较短，普适度和可复制性需在扩大使用范围的基础上进一步验证；二是暂未对社区中医诊断作规范化要求，下一步将在总结全科诊断规范化实践经验基础上，开展中医诊断规范化行动。

作者贡献：吴华、李阳负责文章的构思与设计；洪玉纯负责资料收集和整理，论文初稿撰写；杜宜珊负责形式分析；吴华、张永建负责论文修订；孙文民、李树然、叶明喻负责研究项目的指导与协调；李阳负责文章的质量控制与审校，对文章整体负责。

本文无利益冲突。

参考文献

[1]申曙光，张 勃.分级诊疗、基层首诊与基层医疗卫生机构建设[J].学海，2016，(2)：48-57.

[2]陈敏生，赖伟，张真诚，等.上海市松江区双向转诊知晓度与转诊意愿调查研究［J］.上海交通大学学报（医学版），2010，30（3）：340-342.

[3]王淼,于广军,刘海峰,刘永斌,孙佳琪.基于ICD-10编码应用的疾病数据质量管理体系建立[J].中国医院管理,2017,37(05):42-44.

[4]周婧雅,白雪,崔胜男,庞成,刘爱民.我国ICD-10疾病分类编码质量的系统评价[J].中国医院管理,2015,35(12):32-35.

[5]郝晓宁，马骋宇，刘志业，等.医患双方对基层医疗卫生信息化建设的满意度研究[J].卫生经济研究，2020，37（7）：6-9.

[6]张萌，慈璞娲，刘海民，等.我国基层医疗疾病分类体系的设计与构建[J].中国病案,2017,18(2):33-36.

[7]许文 ,陶廷萍.国际疾病分类(ICD10)及其编码实践[J].中国卫生统计,2003(05):35-36

[8]吕传禄,王侠,曹洪欣.国际疾病分类第10次修订本本地化研究的思考[J].海军医学杂志,2016,37(02):190-191.

[9]杨兴宇，王贺男，于丽华，等.《中国临床疾病诊断规范术语集》的临床应用与实践[J].中国卫生经济,2021,第40卷(4):27-29.

[10]温慧兰，卢耀能，罗以娟等. 病种分类对推进分级诊疗制度建设的影响[J]. 现代医院，2020，第20卷(11):1593-1596.

[11]张忻怡,谢明.中美卫生领域医学分类编码的对比与启示[J].中国病案,2018,19(9):9-12.

[12]路孝琴，梁万年，贾庆春,等.基层医疗国际分类(ICPC)及其在全科/家庭医疗中的应用[J].中国全科医学,2003,6(1):86-88.

[13]张萌，慈璞娲，刘海民，等.我国基层医疗疾病分类体系的设计与构建[J].中国病案,2017,18(2):33-36.

[14]王文君，周道平，徐舒曼，等.基于 logistic 模型分析住院医师病案首页填写质量影响因素[J].中国卫生统计，2016（4）：261-263.